

***Le rôle infirmier dans la prise en soins globale
de la tuberculose auprès d'une population
migrante***

Travail de Bachelor

Ruffieux Noémie

N° matricule : 10644987

Bachelor 12

Directrice : Madame Laurence Séchaud - Professeure HES - RN, PhD

Membre du jury externe : Madame Noelia Delicado - Chargée de cours HES, Chargée de projet groupe sida Genève

Genève, Août 2016

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

J'atteste avoir réalisé seule le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 1^{er} août 2016.

Noémie Ruffieux

Remerciements

Je remercie infiniment Madame Laurence Séchaud, ma directrice de Bachelor, qui m'a guidée, encouragée et conseillée tout au long de la réalisation de ce travail. Ses conseils, son temps, sa disponibilité et son expérience ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Merci à Madame Noelia Delicado pour avoir accepté d'être membre du jury externe et pour l'intérêt porté à ce travail.

Merci à mes parents pour la relecture de ce travail.

Merci à Monsieur Bertrand Delbao Boukar pour son soutien et ses encouragements dans la réalisation de ce travail et tout au long de mes études infirmières.

Merci aux bibliothécaires pour leur aide pour la recherche dans les bases de données.

Un grand merci à ma famille et amis qui m'ont supportée et soutenue tout au long de ce travail et de mes études.

Résumé

Contexte : Le phénomène migratoire fait débat dans les pays européens. Au vu des actualités du moment (guerres en Syrie, en Afghanistan et en Irak, régime politique en Erythrée), les arrivées des migrants sont de plus en plus importantes. Par ces migrations, des maladies apparaissent/réapparaissent et contraignent les systèmes de santé à y faire face.

But : Cette revue de littérature a pour objectif de décrire le dépistage et l'adhérence au traitement de la tuberculose dans une population migrante et l'approche infirmière recommandée. Elle est composée de six études qui regroupent des revues de littérature, des recherches empiriques/études descriptives et une étude interventionnelle.

Méthode : Les articles sont tirés des bases de données PubMed et CINAHL et permettent de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les interventions infirmières, culturellement sensibles, qui permettraient une adhérence optimale au traitement de patients migrants atteints de tuberculose [TBC] ? ». Les articles retenus ont été triés en fonction de deux thématiques : le dépistage et l'adhérence.

Résultats : Les résultats montrent que le dépistage et l'adhérence au traitement de la TBC restent une problématique de santé. Une approche culturellement sensible joue un rôle positif. Des facteurs, tels qu'économiques, éducationnels, linguistiques et culturels peuvent entraver une bonne prise en soins.

Conclusion : Cette revue de littérature a mis en avant la difficulté du rôle infirmier dans une prise en soins globale de la TBC auprès d'une population migrante. Les systèmes de santé ont encore besoin de nouvelles recherches sur ce sujet.

Mots-clés

Soin infirmier - Nursing care

Immigrant - Immigrant

Tuberculose - Tuberculosis

Dépistage et Adhérence - Screening and Adherence

Observance thérapeutique - Patient compliance

Liste des abréviations

ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CII	Conseil international des infirmières
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
LTBI	Latent tuberculosis infection (Infection latente de la tuberculose)
PICOT	Population, Intervention, Comparaison, Outcome, Temporalité
PSM	Programme Santé Migrants
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations
TBC	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

1.	Introduction.....	1
1.1.	Problématique.....	1
1.2.	Cadre théorique	7
1.2.1.	Ancrage disciplinaire.....	7
1.2.2.	L'infirmière et sa pratique.....	8
1.2.3.	Les métaconcepts.....	9
1.3.	Question de recherche	10
2.	Méthode.....	11
2.1.	Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire	11
2.2.	PICOT.....	11
2.3.	Les termes en vocabulaire MESH, contrôlés sur CiSMef.....	12
2.4.	Diagramme de flux.....	13
3.	Résultats.....	14
3.1.	Caractéristique des articles sélectionnés	14
3.2.	Thèmes concernant la TBC	18
3.2.1.	Le dépistage de la TBC	19
3.2.2.	L'adhérence au traitement	19
3.2.3.	Le rôle infirmier	20
4.	Discussion	21
4.1.	Facteurs économiques	21
4.2.	Facteurs éducationnels et sociaux	22
4.3.	Valeurs culturelles et modes de vie	23
4.4.	Contexte environnemental.....	24
5.	Conclusion.....	26
5.1.	Apports et limites du travail.....	26
5.2.	Recommandations.....	26
6.	Références	28
7.	Annexe	31
7.1.	Annexe 1 – Exemple d'une fiche de lecture	31

1. INTRODUCTION

1.1. Problématique

Si le phénomène migratoire a toujours existé, il est actuellement au centre des débats dans de nombreux pays européens. Il est nécessaire de s'intéresser aux personnes qui vivent ces migrations.

Selon De Wenden (2016) :

La mondialisation des flux migratoires s'installe désormais dans le paysage mondial avec une régionalisation des destinations de plus en plus marquée autour de plusieurs espaces migratoires de départ et d'accueil. À l'interdiction de sortie des frontières d'une partie du monde ... a succédé l'interdiction ou la difficulté d'entrer dans d'autres pays.

Cette réalité d'autant plus associée à des crises politiques, au réchauffement climatique, à l'évolution démographique, a modifié les frontières. Certains pays de départ sont devenus des pays d'accueil et/ou de transit. Les catégories classiques de migration à savoir les migrations de travail, d'asile ou de regroupements familiaux sont moins claires (De Wenden, 2016). Certains migrants passent par la voie « asile », alors qu'ils sont des migrants économiques.

Concernant la Suisse, les arrivées augmentent également. « La répartition de la population selon le statut migratoire n'est pas homogène entre les cantons. Au niveau suisse, 35,4% de la population résidente permanente de 15 ans ou plus est issue de la migration » (Confédération suisse, 2016).

De nos jours, la population mondiale se déplace fréquemment ; les gens voyagent à l'intérieur d'un pays, entre les pays et également d'un continent à un autre. Les causes de voyage sont multiples, telles que le tourisme, les déplacements professionnels et l'immigration. Cependant, il y a une grande partie des gens qui migrent par obligation, à cause des guerres, des catastrophes naturelles, des raisons économiques et des raisons politiques. En somme, la population n'est globalement plus sédentaire. Selon le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) (2015) :

De plus en plus d'hommes et de femmes quittent leur patrie dans l'espoir de trouver ailleurs de meilleures conditions de vie. En effet, la mobilité croissante à l'échelle mondiale permet à de plus en plus de personnes de se rendre dans des pays lointains, voire sur d'autres continents, les Etats jouissant d'un niveau et d'une qualité de vie élevés constituant bien évidemment les destinations privilégiées.

Ces migrations touchent la majorité des pays, que ce soit comme pays d'origine ou comme pays d'accueil. « A travers le monde, des millions de personnes sont touchées par la migration. Selon les estimations d'organisations internationales, entre 175 et 185 millions de personnes, soit près de 3 % de la population mondiale, vivraient temporairement ou durablement dans un pays autre que le leur » (SEM, 2015).

Il existe parfois des confusions pour certains termes qu'il faut définir explicitement. Ce travail a pour population cible les migrants.

Selon l'Organisation internationale pour les migrations [OIM] (2015) :

Un « migrant » s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour.

Au final, dans notre monde actuel, il y a un brassage des populations. Certaines causes mentionnées ci-dessus expliquent bien en partie ce phénomène.

De ce fait, les maladies voyagent également lors de ces mouvements de population.

Ces migrations à l'échelle internationale engendrent de nouvelles problématiques sur les aspects économiques et sociaux des pays. Au niveau sanitaire et épidémiologique, elles engendrent une émergence de nouvelles maladies ou en ravivent d'autres qui ont été soignées. Elles posent donc des nouveaux défis pour les systèmes de santé des pays accueillants. En effet, les migrants « exportent » de leur pays d'origine certaines maladies vers leur pays d'arrivée (Jackson, 2009). Ce que souligne Jackson : « au niveau collectif, de nombreux défis de santé publique émergent en rapport avec les modifications épidémiologiques de maladies importées, des changements de style de vie et des difficultés d'adaptation des systèmes de santé » (Jackson, 2009, p.1024).

Ce phénomène touche également la Suisse. Ces dernières années, le nombre de migrants s'est fortement accru. « La Suisse figure parmi les pays européens avec les plus hauts taux d'acceptation des demandes d'asile ou d'admissions provisoires, à 70,5%, selon Eurostat. En tête vient la Bulgarie (94,1%), alors que la queue du classement (9,4%) revient à la Hongrie, où la majorité des requérants d'asile en 2014 provenait du Kosovo, un pays considéré comme sûr » (swissinfo.ch, 2015). Cette réalité fait que les arrivées sont plus importantes. Des déplacements se font. Les populations migrent.

Par conséquent, ce phénomène de migration contribue à expliquer l'apparition de nouvelles maladies, puisque lors des voyages, les germes voyagent également. « De même les germes et les maladies connaissent de moins en moins de frontières. La rapidité et l'ampleur de ces déplacements humains ont modifié l'épidémiologie de nombreuses maladies. La Suisse est un pays particulièrement en résonance avec ces phénomènes » (Jackson, 2009, p.1022).

Plusieurs maladies infectieuses transmissibles ont touché/touchent la Suisse, telles que l'Ebola, le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), la dengue, le virus Zika et le paludisme. Certaines sont particulièrement virulentes. Ces différentes maladies infectieuses plus ou moins graves mais potentiellement mortelles deviennent des défis pour les systèmes de santé.

Il arrive aussi que certaines maladies qui avaient été pratiquement éradiquées réapparaissent sur le territoire suite aux arrivées migratoires. C'est le cas de la tuberculose.

La tuberculose est une maladie infectieuse transmise par une mycobactérie (*Mycobacterium tuberculosis*). Il s'agit d'une maladie systémique qui touche préférentiellement les poumons. La transmission se fait par les gouttelettes de salive de personne à personne. Lorsqu'une personne infectée tousse, elle projette des gouttelettes contenant le germe de la tuberculose. Ces gouttelettes peuvent potentiellement être inspirées par d'autres personnes qui seront alors infectées. En Suisse, cette maladie est rare (environ 500 personnes par année). Cependant, le risque de contagion est nettement supérieur dans des pays endémiques.

Le traitement passe par la prise d'antibiotiques spécifiques contre les mycobactéries responsables de la tuberculose. Ce traitement médicamenteux relativement complexe dure six mois. L'association de plusieurs médicaments, la juste dose et la durée du traitement sont importantes. En cas d'interruption du traitement, d'erreurs de posologie ou de mélange dans les médicaments, l'échec du traitement sera vraisemblable et une résistance aux médicaments pourrait apparaître. Actuellement, les bébés en Suisse ne sont plus vaccinés contre la tuberculose, sauf s'ils partiront vivre dans un pays endémique.

Si le nombre de cas de tuberculose en Suisse est bas, cette maladie reste responsable de morts dans le monde. « Au total, 1,5 million de personnes sont décédées de la tuberculose en 2013 [...] La tuberculose demeure l'une des principales maladies infectieuses mortelles [...] la tuberculose figure parmi les 5 principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans » (OMS, 2016). Certains groupes sont plus vulnérables face à cette maladie, tels que les migrants venant des pays où la tuberculose est endémique.

Pour répondre aux besoins des personnes issues des flux migratoires, les soignants doivent acquérir des compétences afin de comprendre l'« Autre » au niveau linguistique, social, culturel et économique. L'Office fédéral de la santé publique soutient le Réseau Santé pour tous qui a pour mission de donner une qualité des soins équitables pour tous les patients aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Ce réseau prend en compte les barrières linguistiques, socio-économiques et culturelles. Il intervient dans la lignée de l'initiative européenne « Migrant Friendly Hospitals ». Il prend en soin toutes les personnes (patient migrant ou personne sans assurance-maladie) qui ont peu de ressources (HUG, 2012). Selon l'Hospice général :

Le programme santé migrants [PSM], qui fait partie du service de médecine de premier recours des HUG, est le partenaire principal du réseau santé asile, le réseau de soins pour les demandeurs d'asile aidés par l'Hospice général. Il offre des consultations de médecine générale aux demandeurs d'asile et, plus largement, à toutes les personnes étant ou ayant été dans le processus d'asile : réfugiés statutaires, déboutés, personnes dont la demande d'asile est frappée de non-entrée en matière (NEM).

La complexité de la prévention auprès des personnes migrantes est en lien avec leur statut. La personne arrivant en Suisse risque d'être davantage préoccupée par sa demande d'asile, son alimentation et son logement que par sa santé. Cependant, en tant que soignant, il va falloir chercher des alternatives pour faire passer un message de santé.

De ce fait, l'infirmière se doit d'acquérir des compétences particulières afin de répondre aux besoins de cette population dans le but final de leur donner des soins appropriés.

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (2013) :

Exclure les migrants d'une approche de la santé fondée sur les droits est à l'évidence une pratique de santé publique peu satisfaisante, qui accroît la vulnérabilité des migrants, crée ou amplifie la discrimination et les inégalités sur le plan sanitaire, augmente les dépenses de santé des migrants, et constitue d'une manière générale une violation de leurs droits. A l'inverse, répondre aux besoins sanitaires des migrants est de nature à améliorer leur état de santé, à faciliter l'intégration, à prévenir des coûts sanitaires et sociaux à long terme, à favoriser le développement socioéconomique et, surtout, à protéger la santé publique et les droits de l'homme.

L'infirmière doit acquérir ces compétences spécifiques afin de lui permettre d'avoir une meilleure prise en soins et ainsi d'offrir une meilleure réponse aux besoins du patient migrant. Elle va devoir prendre en compte dans sa prise en soins la langue, le niveau

scolaire, la compréhension et la vision de la santé du migrant qui diffèrent du patient non-migrant.

Comme ce travail abordera le rôle infirmier dans la prévention de la tuberculose auprès des migrants, il est important de définir concrètement le rôle infirmier, ainsi que la profession infirmière. L'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) adhère à la définition du Conseil international des infirmières (CII) sur le rôle des soins infirmiers qui sont les suivants :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation (ASI, 2016).

De manière générale, l'infirmière a acquis des savoirs et des compétences lors de sa formation. Elle se préoccupe de l'être humain. L'infirmière joue un rôle dans le système socio-sanitaire actuel. Elle intervient dans un système de santé en lien avec la politique et l'économie. Elle porte des responsabilités professionnelles et doit travailler avec éthique.

A cause des migrations, le soignant doit être réactif en cas de nouvelles maladies. Il sera le premier acteur de soins. Il pourra les identifier, les documenter et informer la Santé Publique afin que la prise en soins soit la plus rapide et la plus efficace possible. La prévention essentielle concernant les maladies transmissibles au sein d'une communauté est de lutter contre la contamination et de réduire la transmission. En effet, « le champ d'exercice confirme également le rôle de l'infirmière dans le maintien et le rétablissement de la santé, la prévention de la maladie et les soins de fin de vie » (Code des professions, art. 39.4).

Avant de définir la compétence culturelle, il est important de définir la culture. La culture englobe les pensées, la communication, les coutumes, les valeurs et les croyances des personnes. Elle intervient dans une prise en soins, car elle a un rôle dans les interactions entre les patients, leur famille et le soignant. Il faut tenir compte de la culture du patient pour permettre une prise en soins optimale (Les soins aux enfants néo-canadiens, 2016).

La compétence culturelle est « un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se rassemblent dans un système ou un organisme, ou entre les professionnels et favorise un travail efficace dans des situations transculturelles » (Office of Minority Health des Etats-Unis). Des soins qui prennent en compte la culture contribuent à une meilleure prise en soins, en y incluant la communication et les croyances sur la santé. A chaque rencontre, le patient apporte sa culture, sa religion et ses coutumes (Les soins aux enfants néo-canadiens, 2016)

L'importance pour le soignant est de connaître la culture du patient, afin d'avoir une compréhension et une communication adaptées. De plus, selon Tison (2007) :

Nous ne développerons pas l'idée selon laquelle la maîtrise d'une culture est une utopie, mais il serait tout de même difficile de devoir être expert d'une culture pour pouvoir interagir avec une personne originaire de cette culture et d'autant plus difficile si l'on était amené à rencontrer des individus appartenant à différents groupes culturels (p.72).

De ce fait, dans le contexte migratoire, un personnel soignant sensibilisé et compétent à l'approche transculturelle est essentiel.

En 1948, selon l'OMS, la prévention est définie de la façon suivante : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". Il y a trois types de prévention. La prévention primaire caractérisée par les actions mises en place afin de diminuer l'incidence de la maladie dans la population et d'éviter de nouveaux cas. Les mesures sont individuelles (prophylaxie) et collectives (distribution d'eau potable, moustiquaires). Un programme de prévention est mis en application. Les actions mises en place afin de diminuer la prévalence d'une maladie et de réduire l'évolution de la maladie caractérisent la prévention secondaire. Il s'agit du dépistage précoce et de la prise du traitement. La prévention tertiaire est caractérisée par les actions mises en place afin de diminuer la prévalence des complications et des incapacités fonctionnelles consécutives à la maladie. Il s'agit du domaine de la réadaptation (réinsertion professionnelle et sociale) (Soins-Infirmeries.com, 2008).

Une des compétences pour l'infirmière est la prévention et la promotion de la santé. « Les soins infirmiers incluent, dans un continuum, des activités de maintien et de promotion de la santé, de prévention, lors de la préparation à la naissance et de l'accouchement, en situations de maladies aiguës, de convalescence et de réadaptation, dans les soins de longue durée et dans les soins palliatifs » (ASI, 2008).

1.2. Cadre théorique

Le modèle de Leininger est utilisé en tant que cadre de référence de plusieurs recherches lorsque le thème abordé est celui du soin culturel. « C'est plus précisément grâce à la façon particulière qu'ont les infirmières d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin que se clarifie le domaine de la discipline infirmière » (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 5).

La théorie de Leininger a été développée dans les années 1960. Cette théorie aborde l'universalité et la diversité des soins selon la culture et fait partie du Caring. « Cette école, qui se situe dans le paradigme de la transformation, a pour concept central le *caring* auquel s'ajoute la culture et la spiritualité » (Pepin et al., 2010, p.70).

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Madeleine Leininger a travaillé auprès d'enfants de différentes cultures. Elle a remarqué que leur comportement était différent d'une culture à l'autre. De ce fait, elle et les autres professionnels de la santé ne savaient pas comment répondre à une différence culturelle. « Leininger est une pionnière tant pour avoir soutenu que le soin est central à la discipline que pour avoir sensibilisé les professionnels de la santé à l'importance de la culture dans le soin » (Pepin et al., 2010, p.72). La théorie était un guide important pour aider les enquêteurs à entrer dans le monde de la culture et à apprendre directement des gens au sujet de leur culture (Leininger, 2012, traduction libre p. xi).

Lorsqu'il est question de travailler auprès d'une population migrante, il est nécessaire d'être sensibilisé à la culture. La connaissance facilitera l'échange et la relation. De plus, la prise en soins ne sera que meilleure, vu que la compréhension existera dans cette relation soignant-soigné.

Leininger met en avant le soin transculturel. Selon Pepin et al. (2010) :

Ses nombreuses recherches auprès des diverses cultures l'ont amenée à comprendre le soin comme étant une action d'assistance, de soutien et de facilitation auprès de la personne ayant besoin de recouvrer sa santé ou d'améliorer sa condition de vie. Leininger s'intéresse à l'universalité et à la diversité des soins culturels par la reconnaissance de plusieurs facteurs influençant les modes de soins, de santé et de bien-être (p.72).

Lors du soin, le patient vient avec sa culture propre. Il est donc nécessaire de l'utiliser pour avoir un meilleur échange. Dans cette théorie, la personne ne peut être séparée de sa

culture. « Ses expressions et son style de vie reflètent les valeurs, les croyances et les pratiques de sa culture » (Pepin et al., 2010, p.72). Toujours, selon Pepin et al. (2010) :

Les soins infirmiers sont basés sur des connaissances transculturelles apprises par l'examen de la structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue et les contextes environnementaux de divers groupes culturels. En planifiant et en prodiguant des soins, l'infirmière respecte les différences, de même que les similarités culturelles (p.72).

La notion de culture utilisée ici est prise dans un sens large. La culture est donc l'ensemble des valeurs et des croyances que possèdent plusieurs individus. La culture d'une unité ou d'un groupe communautaire vivant une même situation de soins entre dans une prise en soins de *caring* (Pepin et al., 2010).

Pour arriver à la pratique soignante transnationale, l'éducation, la recherche et la consultation, une perspective globale est essentielle. La théorie de Leininger sur la diversité et l'universalité et l'utilisation de *Sunrise Enabler* proviennent d'une nouvelle connaissance en soins. Par exemple, le soin et la santé sont influencés par beaucoup de facteurs présentés par Leininger, tels qu'économiques, géopolitiques, philosophiques et religieux et des technologies de communication (Leininger & McFarland, 2006, traduction libre, p. 84).

1.2.2. L'infirmière et sa pratique

L'infirmière qui suit la théorie de Leininger dans sa pratique professionnelle prodigue des soins infirmiers culturellement cohérents avec les valeurs et les croyances de la personne. La personne englobe également la famille, le groupe et la communauté. Son but est de promouvoir, de préserver et de maintenir le bien-être. Dans cette théorie, le *caring* est nécessaire au bien-être et à la santé du patient (Pepin et al., 2010). Selon Pepin et al. (2010) :

Les interventions essentielles au *caring* humain transculturel ne surviennent que si les valeurs et les croyances de l'individu ou du groupe sont connues et utilisées de façon adéquate par l'infirmière afin d'éviter à cet individu ou à ce groupe tout stress et tout conflit. En effet, en tenant compte des valeurs, des croyances culturelles et des facteurs structuraux et organisationnels (technologiques, religieux, familiaux, économiques et éducationnels) influençant la signification donnée à la situation de santé, l'infirmière promeut le bien-être de la personne ou du groupe (p.105).

Les infirmières doivent développer la promotion de la santé, en tenant compte des inégalités économiques et sociales pour améliorer la qualité de vie de leur patient.

Ceci reprend explicitement le travail d'une infirmière auprès des migrants dans les différents centres d'accueil à Genève (Foyer du Saconnex, Foyer du Lagnon, Foyer de Franck-Thomas, etc.) qui s'adresse à la population-cible de notre revue de littérature. L'infirmière doit s'adapter à la culture de son patient si elle veut mettre en place des actions de soins réalisables.

1.2.3. Les métaconcepts

Dans toutes les théories infirmières, il y a quatre métaconcepts qui sont définis. Il s'agit du soin, de la personne, de la santé et de l'environnement. Il est nécessaire de définir ces quatre métaconcepts selon la vision qu'en a Leininger.

Leininger définit le soin : le soin est culturellement basé sur le plus compréhensif et holistique moyen de connaître, d'expliquer, d'interpréter et de prédire le phénomène des soins infirmiers et de guider les décisions et les actions infirmières (Alligood, 2014, traduction libre, p. 424).

Leininger définit la personne : les valeurs, les croyances et les pratiques des soins sont influencées et tendent à être intégrées dans une vision du monde, le langage, la philosophie, la religion (et la spiritualité), le social, la politique, le légal, l'éducation, l'économie, la technologie, l'ethnohistoire et le contexte environnemental des cultures (Alligood, 2014, traduction libre, p. 424).

Leininger définit la santé : des différences et des similitudes existent entre le professionnel et le patient sur la manière de soigner dans la monde (Alligood, 2014, traduction libre, p. 424).

Leininger définit l'environnement : les conflits culturels, les pratiques culturelles, les stress culturels et la douleur culturelle reflètent l'absence de connaissance de la culture pour assurer des soins culturellement responsables, sains et sensibles (Alligood, 2014, traduction libre, p. 424).

Les éléments clés de cette théorie sont le soin, la culture, la diversité du soin et l'universalité du soin. La question de recherche se base sur les interventions infirmières culturellement sensibles. De ce fait, cette théorie est bien en lien avec les thèmes de la question de recherche.

1.3. Question de recherche

Suite à la rédaction de la problématique et au choix du modèle théorique, la question de recherche de ce travail est : Quelles sont les interventions infirmières, culturellement sensibles, qui permettraient une adhérence optimale au traitement de patients migrants atteints de TBC ?

Durant l'évolution de ce travail et en lien avec la question de recherche, une seconde question s'est révélée : Quelles approches culturellement sensibles l'infirmière peut-elle développer auprès de patients migrants atteints de TBC ?

2. MÉTHODE

2.1. Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La démarche méthodologique utilisée pour la réalisation de cette revue de littérature est la suivante : les concepts, la traduction en termes MESH, la recherche informatique sur les bases de données et la sélection des articles. Afin de délimiter les concepts, la méthode PICOT a été utilisée. La recherche des articles scientifiques choisis pour notre travail a été faite via les bases de données proposées, c'est-à-dire CINHALL et Medline via Pubmed.

Les principaux concepts sont repris ci-dessous dans le PICOT.

Un diagramme de flux présente graphiquement le résumé de notre démarche de recherche.

2.2. PICOT

PICOT	Concepts
P : Population - Pathologie	Migrants, Tuberculose
I : Intervention	Education thérapeutique culturellement sensible
C : Comparaison - Contexte	Les demandes d'asile, Les centres d'hébergement
O : Outcome	L'adhérence ou la compliance au traitement, L'autonomie, L'impact sur les patients, L'efficacité du traitement, La diminution du nombre de cas, La guérison
T : Temporalité	Pas nécessaire

Concernant l'outcome, il y en avait trop pour être précis. De ce fait, l'outcome utilisé pour la recherche sur les bases de données s'est limité à l'adhérence ou à la compliance au traitement.

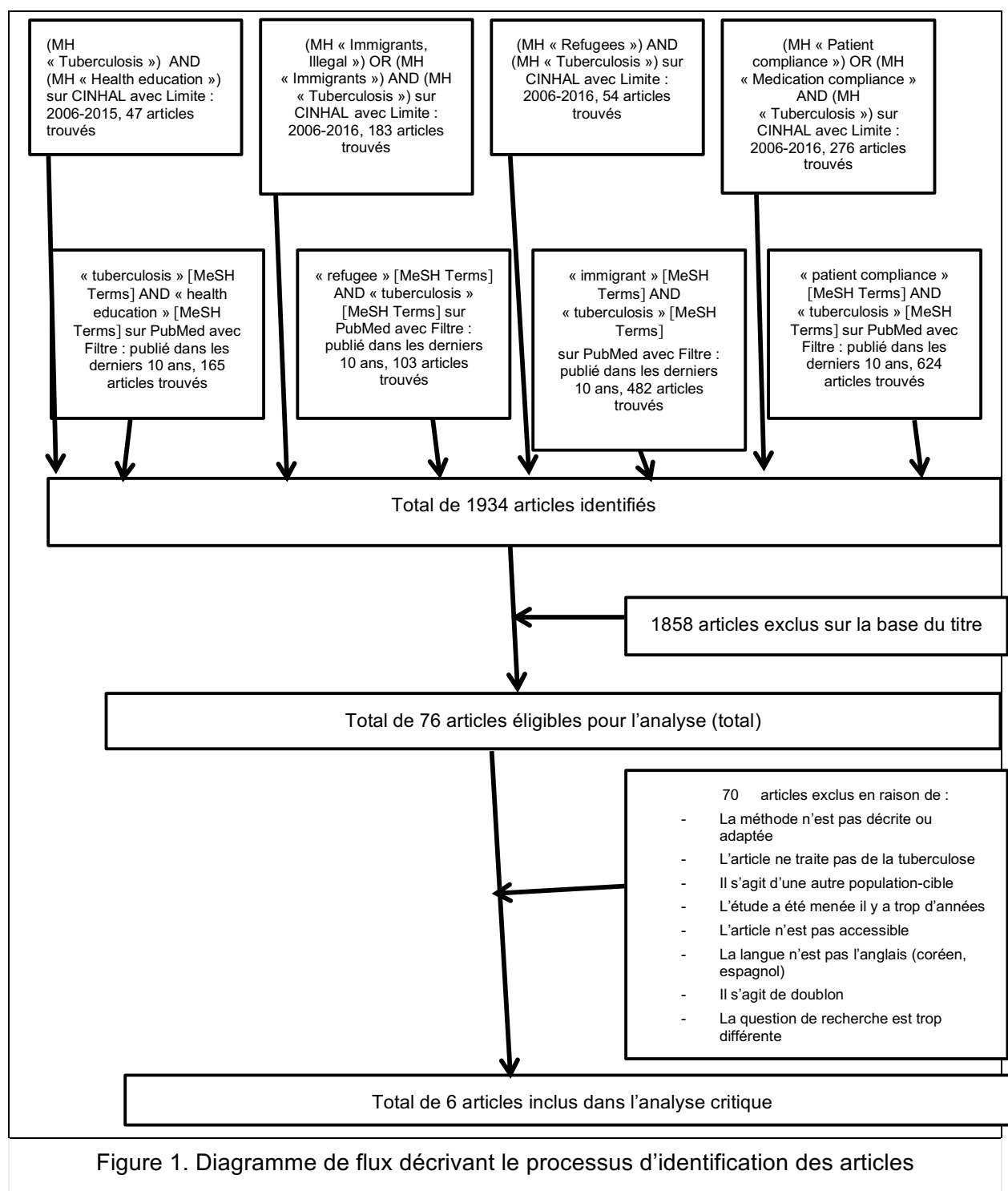
2.3. Les termes en vocabulaire MESH, contrôlés sur CiSMeF

Les mots-clés utilisés ont été traduits en termes MESH afin de pouvoir interroger les bases de données.

1. Réfugiés : refugees
2. Emigrants et immigrants : emigrants and immigrants
3. Population de passage et migrants : transients and migrants
4. Tuberculose : tuberculosis
5. Soins infirmiers : nursing care
6. Education pour la santé : health education
7. Prévention primaire/secondaire/tertiaire : primary/secondary/tertiary prevention
8. Compétence culturelle : cultural competency
9. Observance thérapeutique : patient compliance

Lors de la recherche sur les bases de données, tous ces termes ont été testés. Le terme « prevention » sur PubMed n'a donné aucun résultat, donc le terme n'a pas été utilisé. De plus, lorsque trois termes étaient testés avec AND, le résultat était trop restreint, voir nul.

2.4. Diagramme de flux



3. RÉSULTATS

Ce chapitre présente les six articles inclus dans l'analyse critique. Il est construit en deux parties : un tableau comparatif par étude et un résumé des thèmes.

3.1. Caractéristique des articles sélectionnés

Pour réaliser cette revue de littérature, il a été inclus :

- a) 2 revues de littérature (1, 2), niveau de preuve I.
- b) 3 études descriptives (3, 4, 5), niveau de preuve IV.
- c) 1 étude interventionnelle (6), niveau de preuve III.

Ceci est présenté dans un tableau de synthèse qui reprend cette logique (Tableau 1).

Les articles retenus ont été écrits entre 2009 et 2015. Il s'agit d'études des Etats-Unis, du Canada, de l'Australie et de la Suisse. La population est les immigrants, les sans-abri et les immigrants sans-papiers. Certains articles sont plus centrés sur le dépistage et d'autres sur l'adhérence au traitement. Le rôle infirmier est abordé.

Tableau 1. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Revue de littérature

	Titre/Auteurs(Année)	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument	Principaux résultats	Limites
1)	<i>Tuberculosis : evidence review for newly arriving immigrants and refugees</i> Greenaway, C., Sandoe, A., Vissandjee, B., Kitai, I., Gruner, D., Wobeser, W., Pottie, K., Ueffing, E., Menzies, D. & Schwartzman, K. (2011)	Les 18 études présentées dans cette revue de littérature abordent les tests diagnostiques sur l'infection de la TBC, l'effet de bacille Calmette-Guérin [BCG] sur le test de peau tuberculeuse, le dépistage, les facteurs qui augmentent le risque de TBC active, l'efficacité de traitement pour LTBI et l'adhérence au traitement.	Déterminer le fardeau de la tuberculose dans les populations des immigrants. Evaluer l'efficacité de dépistage et les programmes de traitement pour LTBI. Identifier les interventions potentielles pour améliorer l'efficacité.	Les auteurs de cet article ont utilisé plusieurs bases de données : MEDLINE (Ovid), MEDLINE InProcess, EMBASE, CINAHL et the Cochrane Database of Systematic, avec pour limite les dates de recherche (1 janvier 1996 au 17 décembre 2008).	Le taux le plus haut de TBC est dans les populations d'immigrants qui sont originaires de régions avec une incidence élevée, comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie. Les facteurs de risque de développer la TBC sont la région d'origine, la catégorie d'immigration, les comorbidités et le temps d'arrivée.	Les soins ne pas délivrés c manière sen culturellement.
	Titre/Auteurs(Année)	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument	Principaux résultats	Limites
2)	<i>Barriers to and Interventions for Improved Tuberculosis Detection and Treatment among Homeless and Immigrant Populations : A Literature Review</i> Tankimovich, M. (2013)	22 études publiées dans le monde entier entre 1998 et 2012 sont présentées dans cette revue de littérature. La population est les sans-abri et les immigrants.	Identifier les principales barrières et les interventions efficaces pour améliorer la détection et le traitement de la tuberculose chez les sans-abri et les immigrants.	Les auteurs de cet article ont utilisé plusieurs bases de données : MEDLINE, CINAHL, WHOSIS et CDC.GOV. Les combinaisons utilisées sont : TBC + sans-abri, TBC + immigrants, TBC + sans-abri + barrières, TBC + immigrants + barrières, TBC + dépistage + prévention + traitement + barrières et TBC + barrières + interventions. 17 études sont quantitatives et 5 sont qualitatifs.	Les barrières sont : l'accessibilité aux soins, l'éducation et l'enseignement, la connaissance, le contact difficile (style de vie ambulant, les attitudes étrangères et le statut) et les comorbidités. Les interventions efficaces sont : l'incitation financière, l'accessibilité, la connaissance culturelle et la coordination.	-

Recherches empiriques

Etudes descriptives

	Titre/Auteurs(Année)	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument	Principaux résultats	Limites
3)	<p><i>Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres ; a descriptive exploratory study</i></p> <p>Bodenmann, P., Vaucher, P., Wolff, H., Favrat, B., De Tribolet, F., Masserey, E. & Zellweger, J.-P. (2009)</p>	Il s'agit d'une étude descriptive réalisée auprès de patients immigrants sans-papiers à Lausanne.	Evaluer la fréquence de LTBI et l'adhérence au traitement préventif.	<p>Le dépistage a été offert.</p> <p>Le recrutement a duré 6 mois en 2007 dans le Département de soins ambulatoires et de médecine communautaire de l'Hôpital Universitaire et à Point d'eau.</p> <p>Les patients devaient répondre à un questionnaire de santé (dans leur langue) qui met en évidence des symptômes ou autre (contact antérieur avec la TBC, traitement) associés à la TBC. Puis, une prise de sang était faite. De plus, un examen bactériologique de crachat était réalisé chez les patients avec symptômes ou une radiographie anormale. Le traitement était offert aux patients.</p>	<p>Entre janvier et juillet 2007, 161 immigrants ont demandé à participer à l'étude. 131 ont consenti à répondre au questionnaire. La majorité des patients étaient d'Amérique latine et de l'Afrique subsaharienne. Les deux patients avec la TBC active ont été isolés et traités. Les deux étaient compliant au traitement.</p> <p>Le dépistage ciblé est plus rentable que le dépistage systématique. Le traitement préventif a réduit le taux d'infection quand l'adhérence est stricte.</p>	<p>L'échantillon petit.</p> <p>L'inexistence d'un autre groupe de comparaison pour la fréquence de LTBI entre immigrants et population locale.</p>
4)	<p><i>Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patient</i></p> <p>Butcher, K., Biggs, B.-A., Leder, K., Lemoh, C., O'Brien, D. & Marshall, C. (2013)</p>	52 participants immigrants et réfugiés ont été recrutés (20 ont commencé le traitement d'isoniazide et 32 étaient déjà sous traitement). Les patients étaient inclus s'ils commençaient l'isoniazide, étaient nés dans un pays à haute prévalence et vivaient en Australie depuis moins de 10 ans.	Evaluer la connaissance et la compréhension de l'information donnée au sujet de la LTBI, les traitements et les effets secondaires de l'isoniazide. Evaluer les facteurs démographiques qui sont associés avec la connaissance et la compréhension afin de déterminer si les méthodes de transmission de l'information sont suffisantes.	<p>Deux questionnaires étaient distribués :</p> <p>Questionnaire 1 : 23 questions (8 socio-démographiques et 15 sur la connaissance et la compréhension, le traitement et les effets secondaires).</p> <p>Questionnaire 2 : les mêmes premières questions que le questionnaire 1 avec trois questions en plus (le nombre de jours manqués d'isoniazide, le diagnostic et la famille).</p> <p>32 patients ont déjà commencé l'isoniazide et complètent le questionnaire 2. 20 patients commencent l'isoniazide pendant l'étude et complètent le questionnaire 1.</p> <p>Au final, 20 patients complètent le questionnaire 1, 46 patients le questionnaire 2 et 14 complètent les deux.</p>	<p>L'étude identifie un lien entre l'utilisation d'un interprète et le score faible de connaissance.</p> <p>Le fait de ne pas parler anglais et l'éducation basse sont des difficultés. Les immigrants et les réfugiés devraient bénéficier d'une éducation à la santé appropriée à leur niveau linguistique et culturel. Cependant, la traduction est limitée par le manque de ressources.</p>	<p>Le nombre de participants petit.</p> <p>Le questionnaire a été développé pour cette étude et il n'est pas utilisé d'autres groupes de population.</p> <p>Il peut y avoir une perte d'exactitude de l'interprète.</p>

5)	<p><i>Domestic impact of tuberculosis screening among new immigrants to Ontario, Canada</i></p> <p>Khan, K., Hirji, M.M., Miniota, J., Hu, W., Wang, J., Gardam, M., Rawal, S., Ellis, E., Chan, A., Creatore, M. I. & Rea, E.(2015)</p>	La population est les immigrants vivant à Ontario entre 2002 et 2011. Il s'agit d'une étude descriptive.	Analyser l'impact de dépistage pour la tuberculose chez les nouveaux immigrants et l'efficacité de ce dépistage.	<p>Ils ont inclus les permanents résidents nouvellement arrivés en Ontario, en utilisant les données de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada. Les premières données sont démographiques et concernent l'immigration sur une période de dix ans (1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2011).</p> <p>Ils ont comparé le taux de TBC active détectée chez les résidents permanents en Ontario avec les résidents permanents installés entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011.</p>	Le dépistage pour la tuberculose a un impact modeste. Le temps de diagnostic est relatif au temps d'immigration. La surveillance post-immigration présente une opportunité pour les cliniciens d'offrir un traitement aux patients pour la tuberculose et devrait être encouragé. Cette étude devrait avoir une importante implication pour les autres pays qui reçoivent des immigrants.	Aucun enregistrement systématique des résultats en Ontario. Le test n'a pas été offert à tous les patients. Le traitement préventif est limité.
----	--	--	--	---	---	---

Etudes interventionnelles

	Titre/Auteurs(Année)	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument	Principaux résultats	Limites
6)	<p><i>The Effect of a Cultural Intervention on Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy in Latino Immigrants</i></p> <p>Ailinger, R. L., Martyn, D., Lasus, H. & Lima Garcia, N. (2010)</p>	La recherche est basée sur 86 immigrants latinos (33 sont exclus de l'étude pour différentes raisons) aux Etats-Unis. Il s'agit d'un essai pré-experimental.	Examiner l'effet d'une intervention culturelle sur l'adhérence au traitement dans le cas d'une infection tuberculeuse parmi les immigrants latinos. La question de recherche est : Y aura-t-il une adhérence plus grande dans un groupe de patients qui reçoit une intervention culturelle comparée avec des patients qui reçoivent le soin habituel ?	<p>Une intervention culturelle est la différence entre les deux groupes.</p> <p>L'intervention est la même durant les 9 mois de l'étude. Les clients ont reçu l'intervention culturelle en plus des soins habituels (les effets secondaires, le nombre de doses de traitement prises et des informations au sujet de la thérapie). L'infirmière commence en prenant des nouvelles de la famille. Puis, un proverbe est dit : C'est mieux de prévenir que de se lamenter. Puis, des photos avec la famille sont données au patient. La communication non-verbale est utilisée (toucher le bras de la femme ou l'épaule du monsieur).</p> <p>Le groupe de comparaison est un échantillon historique d'immigrants latinos qui ont reçu le traitement l'année précédente dans la même clinique.</p>	<p>L'adhérence du patient est mesurée par le nombre de comprimés pris.</p> <p>L'intervention est efficace. Le groupe expérimental (157 en 5,2 mois) a pris 28 doses de plus que le groupe historique (129 en 4,3 mois). Le résultat suggère qu'une intervention culturelle pourrait être testée avec d'autres échantillons.</p>	Les limites de la recherche sont la perte de participants à des consultations médicales, l'absence d'un essai contrôlé randomisé et la taille de l'échantillon.

3.2. Thèmes concernant la TBC

Il s'agit des différents thèmes abordés dans les articles analysés, afin d'avoir une vision globale avant de les retrouver dans la Discussion mis en lien avec l'ancrage disciplinaire.

	1) Greenaway et al. (2011)	2) Tankimovich (2013)	3) Bodenmann et al. (2009)	4) Butcher et al. (2013)	5) Khan et al. (2015)	6) Ailing, Martyn, Lasus & Lima Garcia (2010)
Population	les immigrants	les sans-abri et les immigrants	les immigrants sans-papiers	les immigrants et les réfugiés	les immigrants	les immigrants
Dépistage	-Dépistage pour les réfugiés (20 et 50 ans) qui viennent de pays à haute incidence pour la TBC → test de Mantoux -Si résultat positif → radiographie	×	-Dépistage de la TBC avec un interféron offert -Dépistage ciblé plus rentable qu'un dépistage systématique	-Interprètes sont utilisés -Dépistage de la LTBI	-Dépistage de pré-immigration et surveillance de post-immigration -Examen (une anamnèse, un examen clinique, une radiographie du thorax et des tests pour le HIV, la syphilis et une maladie chronique des reins) -Si la TBC est détecté par la radiographie, nouveau test (3 frottis de crachat et des cultures)	-Diagnostic de LTBI est fait par un test de Mantoux et une radiographie du thorax
Adhérence au traitement	-Augmentation si le soin est donné d'une manière culturellement sensible -Adhérence basse : barrières linguistiques, tabous culturels, la stigmatisation, le niveau d'éducation bas, le risque faible perçu de la LTBI à la TBC, une mauvaise compréhension du test de Mantoux, peur des prélèvements sanguins, facteurs économiques	×	-Traitement préventif offert si indiqué -Adhérence basse au traitement	-Connaissances des effets secondaires	×	-Traitement de la LTBI = une dose journalière de 300 mg d'isoniazide pendant neuf mois -Traitement gratuit dans plusieurs états -Longueur du traitement, abstention de l'alcool -Effet d'une intervention culturelle sur l'adhérence au traitement
Barrières au dépistage et au traitement de la TBC	-Stigmatisation -Association avec le VIH -Barrières linguistiques -Difficultés pour venir aux rendez-vous	-Accessibilité -Education/ Enseignement -Connaissance/ Besoins culturels -Contacts difficiles : style de vie ambulant, attitudes étrangères et statut -Comorbidités	×	×	×	-Absence de connaissance de la cause, transmission, traitement de la LTBI, la stigmatisation, les besoins financiers et émotionnels
Interventions efficaces pour le dépistage et le traitement de la TBC	-Intervention d'un interprète -Rappels patients (appels téléphoniques)	-Incitation financière -Accessibilité -Connaissance culturelle -Coordination	×	×	×	-Brochure d'enseignement

	1) Greenaway et al. (2011)	2) Tankimovich (2013)	3) Bodenmann et al. (2009)	4) Butcher et al. (2013)	5) Khan et al. (2015)	6) Ailing, Martyn, Lasus & Lima Garcia (2010)
Pratique infirmière	x	-Evaluer les connaissances du patient au sujet du dépistage et du traitement de la TBC -Connaître les statuts -Comprendre comment la TBC pourrait être stigmatisée dans des groupes culturels -Trouver des moyens pour traiter ceux qui pourraient être réticents -Etre préparée à réaliser des éducations thérapeutiques pour la TBC (prévention, ressources et motivations)	-Utiliser des infirmières praticiennes dans des environnements sécurisés pourrait aider à construire une relation de confiance -Maintenir la confidentialité	x	x	-Utiliser une intervention culturelle pour augmenter l'adhérence au traitement est une bonne chose pour la pratique

Les thèmes principaux sont donc : le dépistage, l'adhérence au traitement et le rôle infirmier.

3.2.1. Le dépistage de la TBC

Plusieurs articles analysés (1, 3, 4, 5 et 6) mettent en avant l'importance du dépistage auprès des populations migrantes dans le cas d'une LTBI ou d'une TBC. Il est nécessaire de dépister la maladie avant de se questionner sur l'adhérence au traitement.

Il est souvent nécessaire de s'interroger sur des questions démographiques dans le cas de la TBC (1). Il va souvent falloir être davantage attentif aux migrants qui viennent de pays endémiques pour la TBC.

3.2.2. L'adhérence au traitement

L'adhérence au traitement est un aspect complexe. Les traitements anti-tuberculeux existent, mais ce sont des traitements de longue durée et avec une toxicité possible. Dans la littérature, le suivi médicamenteux long et complexe anti-tuberculeux est abordé à plusieurs reprises (1, 3, 4 et 6).

3.2.3. *Le rôle infirmier*

L'étude de Tankimovich (2013) insiste sur une pratique infirmière adaptée à une population d'immigrants et de sans-abri pour le traitement de la TBC, c'est-à-dire évaluer des connaissances du patient sur sa maladie, connaître les différents statuts légaux et illégaux, comprendre la stigmatisation de la TBC, trouver des moyens pour traiter et être préparée à réaliser des éducations thérapeutiques. Egalemeht, l'étude d'Ailinger, Martyn, Lasus & Lima Garcia (2010) aborde le rôle infirmier, puisque le but de l'étude est d'examiner l'effet d'une intervention culturelle.

4. DISCUSSION

La discussion s'articule en quatre parties qui reprennent les thèmes abordés dans la question de recherche, ainsi que dans le modèle théorique de Leininger. Le but est d'étayer le modèle de Leininger à l'aide des articles de la revue de littérature afin d'apporter des pistes de réponse. Les thèmes sont les suivants : les facteurs économiques, les facteurs éducationnels et sociaux, les valeurs culturelles et modes de vie et le contexte environnemental.

Avant de commencer, il est nécessaire de définir la maladie TBC active symptomatique et la LTBI asymptomatique. Selon Tankimovich (2013), environ un tiers de la population du monde a la LTBI, ce qui signifie qu'un dixième de ces deux milliards de personnes développera une maladie active (une personne avec la LTBI a une probabilité de 90% de vivre sans développer la maladie de la TBC).

4.1. Facteurs économiques

D'après le modèle *Sunrise* de Leininger, les facteurs économiques ont une influence sur la santé et les soins. Dans l'étude de Bondenmann et al. (2009), le dépistage en utilisant un interféron (Test QuantiFERON ou Test ELISpot TB) a été offert pour la première fois à des patients sans-papiers à Lausanne et le traitement préventif était gratuit s'il était indiqué. La fréquence de LTBI est haute dans cette population. Ainsi, le dépistage pour l'infection de la tuberculose est réalisable auprès de cette population peu accessible. L'aspect financier n'est pas forcément un frein en tout cas pour les pays d'accueil « riches » (Etats-Unis, Canada, Australie et Suisse). Bien que le dépistage et le traitement soient offerts, l'adhérence au traitement n'était étonnamment pas maximale dans les études – ceci était peu voire non expliqué de façon détaillée. Dans l'étude d'Ailinger et al. (2010), le traitement pour adulte correspond à une dose journalière de 300 mg d'isoniazide pendant 9 mois. Ce traitement est gratuit dans beaucoup de villes américaines. Cependant, à cause de la longue durée du traitement et de l'interdiction de consommer de l'alcool en raison des risques d'hépatotoxicité cumulés (alcool et médicament), l'adhérence au traitement anti-tuberculeux est un problème. En revanche, selon l'étude de Greenaway et al. (2011), l'adhérence au traitement est associée à des facteurs économiques (absence d'assurance). Les auteurs signalent un lien entre le traitement et le coût. Ils affirment que l'aspect financier joue un rôle sur l'adhérence au traitement par le patient. Toutefois, il s'agit d'un constat peu expliqué. Cependant, il faut souligner que les auteurs précisent qu'il existe d'autres causes de non-observance au traitement, comme la langue, les tabous culturels et la stigmatisation, le niveau d'éducation

bas et le faible risque du passage de la LTBI à la TBC active.

Les cas de TBC ont diminué dans le monde durant les dix dernières années, mais des barrières fortes au dépistage et au traitement de la TBC existent encore, spécialement parmi deux sous-groupes de la population à faible revenu, les immigrants et les sans-abri pour qui l'incidence de la TBC peut être vingt fois plus élevés que dans la population générale même dans les pays riches (Tankimovich, 2013, traduction libre, p. 83). La menace de la TBC peut être jusqu'à vingt fois plus élevée chez les sans-abri que dans la population générale (Figueroa-Munoz & Ramon-Prado, 2008, cité par Tankimovich, 2013, traduction libre, p. 84).

4.2. Facteurs éducationnels et sociaux

Dans l'étude de Butcher et al. (2013), les patients migrants et réfugiés ont souvent une faible littératie en santé, ce qui rend difficile leur éducation à la santé. De plus, toujours dans cette même étude, beaucoup de réfugiés viennent d'un milieu socio-économique bas, ne parlent pas la langue du pays d'accueil et/ou ont une éducation limitée et des pauvres connaissances de la santé et des services de santé. Egalement, la littératie en santé inadéquate, la barrière de la langue, les différences culturelles et les croyances religieuses ont été associées avec le niveau d'adhérence bas. Dans l'étude de Tankimovich (2013), l'auteur affirme que la barrière principale est la littératie en santé inadéquate parmi ces populations (les sans-abri et les immigrants). Ces facteurs influencent négativement l'adhérence au traitement, qui est au contraire améliorée par la connaissance et la compréhension de la maladie.

Dans l'étude de Butcher et al. (2013), il est question des interprètes. Les auteurs affirment qu'il peut y avoir une perte de l'exactitude de l'information lorsqu'un interprète traduit. Ils avancent plusieurs hypothèses :

- a) la formation des interprètes est inadéquate avec un manque de connaissance des termes particuliers utilisés lors d'une discussion sur la LTBI ou la TBC.
- b) l'absence de certains mots dans la langue d'origine rend impossible une traduction correcte
- c) l'interprétariat est plus difficile lorsque la compréhension de la santé, de la maladie et de la guérison doit être abordée.

Pour l'immigrant et/ou les sans-abri, des barrières culturelles et sociopolitiques existent en plus des barrières socio-économiques. Les immigrants sans statut légal ne suivront pas de soins médicaux et ils éviteront de donner des coordonnées de contact. Les sans-abri

manquent de coordonnées de contact et vivent dans la rue qui les expose à la violence, aux maladies contagieuses et à la stigmatisation d'être perçu comme des gens dangereux vivant en dehors de la société (Chamanga, 2010, cité par Tankimovich, 2013, traduction libre, p. 84). Tankimovich (2013) met l'accent sur la difficulté pour une personne sans-abri d'effectuer des tests et des détectons à la TBC et/ou de suivre un traitement vu que par définition, il n'a pas de logement fixe. Par conséquent, un sans-abri n'aura pas l'occasion d'être dépisté pour la TBC. Aussi, il insiste sur le risque d'interruption du traitement. Toujours selon Tankimovich (2013), les immigrants ont une connaissance de la santé en lien avec leur origine qui peut être « en conflit » avec la vision de la santé du pays dans lequel ils ont immigré. Il arrive que certains migrants ne perçoivent pas l'importance de détecter et de traiter la TBC. De plus, certains immigrants bien informés ne peuvent pas aller chercher le traitement par crainte de leur statut d'immigration illégal. Ces aspects influencent négativement un dépistage ou une adhérence au traitement.

4.3. Valeurs culturelles et modes de vie

Des soins et des approches culturellement appropriés sont nécessaires pour augmenter l'adhérence au traitement (Felton, 2005, cité par Ailinger et al., 2010, p.116). En effet, les migrants qui souffrent de la TBC ont quasiment tout le temps une culture différente du pays d'accueil. Ainsi, si le soignant s'adapte à leur culture, l'éducation thérapeutique passera mieux et l'approche de soins sera meilleure. Selon Greenaway et al. (2011), l'adhérence au dépistage et au traitement pour la TBC peut être meilleure si l'éducation thérapeutique se fait d'une manière culturellement juste. Dans l'étude d'Ailinger et al. (2010), les auteurs affirment que la culture est complexe et variée parmi les immigrants latinos aux Etats-Unis, vu qu'ils viennent de différents pays et régions. Il a fallu utiliser certains éléments communs de la culture latine afin de les inclure dans l'intervention culturelle proposée dans cette étude. Le but était d'évaluer l'efficacité d'une intervention culturelle afin d'augmenter l'adhérence au traitement dans le cas d'une LTBI dans une population latino. Le résultat est probant, vu que l'intervention s'est avérée efficace. En effet, il y avait une différence statistique significative, le groupe évalué avec intervention culturelle a pris 28 fois plus de doses correctes que l'autre groupe sans intervention culturelle. Cela représente environ un dosage d'un mois de traitement en plus et ceci est d'autant plus important lors d'une thérapie pour la LTBI, car un mois de traitement en plus peut parfois sauver une vie et/ou au minimum limiter la contamination.

4.4. Contexte environnemental

L'environnement du patient a un impact sur la prise en soins. Selon Bodenmann et al. (2009), l'adhérence au traitement peut dépendre du cadre et de la confiance que les patients ont du système de santé. Certains migrants malades craignent d'une part une dénonciation qui peut entraîner l'expulsion du pays d'accueil et d'autre part un rejet dû à la maladie. Souvent, ils ne savent pas qu'il existe le secret médical. Le contrôle ou la surveillance du traitement, l'accès gratuit aux soins, l'utilisation des modèles d'explication basés sur les représentations du patient et l'appui des infirmières pour le dépistage devraient améliorer la compliance. Dans l'étude de Greenaway et al. (2011), les auteurs insistent sur les stratégies mises en place afin d'améliorer l'adhérence à savoir des rappels (des autocollants pour un autocontrôle, des appels téléphoniques, des lettres, etc) et la présence de soignants qui parlent leur langue.

Plus largement, il est souvent nécessaire de s'interroger sur des questions démographiques dans le cas de la TBC. Aussi, le dépistage dépend également de la région d'origine du migrant. Selon l'étude de Greenaway et al. (2011), les facteurs de risque pour une TBC active dans une population migrante sont la région d'origine, la catégorie d'immigration, la présence de comorbidités (VIH) et la période d'arrivée. En effet, il va falloir être plus attentif aux migrants qui viennent de pays endémiques pour la TBC.

Dans l'étude de Khan et al. (2015), le dépistage pour la TBC chez tous les nouveaux immigrants a un impact modeste sur la prévalence de la TBC active et n'est que partiellement efficace. Le dépistage focalisé sur la préimmigration dans des pays avec des taux élevés d'incidence et les critères de révision pour la surveillance des post-immigrations pourraient augmenter l'efficacité et le rendement du dépistage. Le changement des migrations mondiales a transformé l'épidémiologie de la TBC pour les pays qui accueillent un grand nombre d'immigrants. Au Canada et aux Etats-Unis, la TBC est véhiculée par des patients qui sont nés à l'étranger.

Lors de leur arrivée sur le territoire suisse, les demandeurs d'asile migrants doivent obligatoirement s'annoncer dans l'un des six centres d'enregistrement du pays (Vallorbe, Altstätten, Bâle, Kreuzlingen, Berne et Chiasso). Après le prélèvement de leurs empreintes digitales, ils répondent à un questionnaire de dépistage de la TBC. Dans l'étude de Bodenmann et al. (2009), il est question de la Suisse. Les auteurs signalent qu'une politique de dépistage existe pour les requérants d'asile à la frontière, mais il n'existe pas de système pour les immigrants sans-papiers qui viennent des pays à haute prévalence de TBC.

Pour rendre la situation encore plus complexe, il faut garder à l'esprit que des populations qui semblaient moins à risque au départ peuvent être infectées lors de la rencontre avec des populations à risque lors d'une étape de migration.

5. CONCLUSION

Pour conclure, la question de recherche est tout à fait adaptée aux besoins de la profession infirmière. Dans le contexte actuel de migration, l'infirmière rencontre fréquemment des patients de culture différente. La difficulté de prendre en soin une population migrante et culturellement différente se présente dans un grand nombre d'unités de soins. Les facteurs de risque sont le manque de communication, le manque d'informations, le manque de compréhension et ceci entraînera une prise en soins inadéquate et une adhérence au traitement impossible. La barrière de la langue existe également. Le manque de formation et le manque de temps du personnel soignant peuvent être soulevés.

5.1. Apports et limites du travail

Ce travail apporte des éléments de réponse à un contexte de soins actuel. A Genève, la population migrante consulte régulièrement aux HUG. De ce fait, les infirmières doivent être compétentes pour accompagner et soigner cette population.

Personnellement, la difficulté rencontrée lors de la réalisation de ce travail de Bachelor a été le fait de le rédiger seule. En effet, le nombre d'articles est plus restreint et l'analyse prend plus de temps. La rédaction de la discussion est plus complexe, car le point de vue et la réflexion sont uniques. Il n'est pas possible de partager ni de débattre de ses idées avec un groupe. Cependant, le résultat de ce travail permet toutefois de répondre à une problématique de santé actuel.

5.2. Recommandations

Suite à la réalisation de ce travail, plusieurs perspectives pourraient être suivies. En effet, une piste de recommandations pour la recherche pourrait être de faire un comparatif des personnes immigrées avec une population locale, ou alors de faire un comparatif d'un dépistage ciblé avec un dépistage général. Cela nous permettrait d'approfondir plus précisément le sujet et surtout d'avoir un résultat concret. De plus, il serait bien que certains articles expliquent davantage les raisons d'une non-adhérence au traitement ou d'un dépistage inefficace, afin que les prochaines études partent de ces constatations pour aller plus loin et ainsi ne pas rester sur des constats.

Concernant la formation Bachelor, il existe certains cours qui abordent les différences culturelles et la culture, mais ils ne donnent pas réellement de recommandations pour une pratique soignante efficace auprès des populations migrantes. Il pourrait être important de

sensibiliser davantage les futurs professionnels afin de réaliser une prise en soins globale du patient et ainsi prendre en compte ses valeurs culturelles (compétence culturelle).

Concernant la pratique, il serait recommandé de pouvoir identifier les besoins du patient en lien avec ses valeurs culturelles pour répondre au mieux à ses attentes.

Les infirmières devraient élargir leurs connaissances théoriques sur les théories de soins. L'approfondissement de la théorie de Leininger est une bonne approche.

6. RÉFÉRENCES

- Ailinger, R. L., Martyn, D., Lasus, H. & Lima Garcia, N. (2010). The Effect of a Cultural Intervention on Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy in Latino Immigrants. *Public Health Nursing*, 27 (2), 115-120.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. Riverport Lane : Elsevier Mosby.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. *Sujets infirmiers*. Accès <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers.html>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. *Définition des soins infirmiers*. Accès <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/pflegethemen-zusatzseiten/definition-des-soins-infirmiers.html>
- Bodenmann, P., Vaucher, P., Wolff, H., Favrat, B., De Tribolet, F., Masserey, E. & Zellweger, J.-P. (2009). Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres ; a descriptive exploratory study. *BMC Infectious Diseases*, 9 (34), 1-8.
- Butcher, K., Biggs, B.-A., Leder, K., Lemoh, C., O'Brien, D. & Marshall, C. (2013). Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patient. *BMC Research Notes*, 6, 1-8.
- Confédération suisse Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2015). *Les causes de la migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration.html>
- Confédération suisse Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2015). *Informations sur les pays de destination et pays de transit*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/transit-ziellaender.html>
- Confédération suisse Statistique suisse. (2016). *Migration et intégration – Indicateurs selon les cantons*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/04/03.html>

- Delicado, N. (2014). *La perception du niveau de compétence culturelle parmi des infirmières en contexte de soin aux enfants migrants et à leur famille*. (Travail de Master non publié). Université de Lausanne et Haute école spécialisée de Suisse occidentale.
- De Wenden. (2011). *Les flux migratoires légaux et illégaux*. Accès <http://ceriscope.sciences-po.fr/content/part4/les-flux-migratoires-legaux-et-illegaux?page=2>
- Farman, P. (2007). *Le développement de la compétence culturelle d'étudiantes infirmières inscrites à un programme de stage international et interculturel*. (Travail de Master non publié). Faculté des sciences infirmières, Laval (Québec).
- Greenaway, C., Sandoe, A., Vissandjee, B., Kitai, I., Gruner, D., Wobeser, W., ... Schwartzman, K. (2011). Tuberculosis : evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *CMAJ*, 183 (12), 939-951.
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2012). *Réseau Santé pour tous La responsabilité* [Brochure]. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/sante_migrants.pdf
- Hospice général. *Adresses sociales – La Clé*. Accès <http://www.hospicegeneral.ch/prestations/publications/publications-en-ligne/adresses-sociales-la-cle/step/602.html>
- Jackson, Y. (2009). Migration internationale : phénomène global, impact local, l'exemple de deux parasites. *Rev Med Suisse*, 5, 1022-1025
- Khan, K., Hirji, M.M., Miniota, J., Hu, W., Wang, J., Gardam, M., ... Rea, E. (2015). Domestic impact of tuberculosis screening among new immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ*, 187 (16), 473-481.
- Kuster, M., Goulet, C. & Pepin, J. (2002). Significations du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec*, 10 (1), 12-23.
- Leininger, M. M. & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality : A Worldwide Nursing Theory*. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers.
- Limbo Sagar, P. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models*. New York : Springer Publishing Company

McFarland, M. R. & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *Culture Care Diversity and Universality*. Burlington : Jones & Bartlett Learning.

Organisation internationale pour les migrations. (2015). *Qui est un migrant ?*. Accès <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>

Organisation internationale pour les migrations. (2013). *Migration internationale santé et droits de l'homme*. [Brochure] Accès http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicationFR.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Faits et chiffres La tuberculose*. Accès http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/fr/index1.html

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière Education

Les soins aux enfants néo-canadiens. (2016). *Les compétences culturelles pour les professionnels de la santé des enfants et des adolescents*. Accès <http://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/competence>

Soins-Infirmiers.com. (2008). *La prévention de la santé selon l'OMS*. Accès http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php

Swissinfo.ch. (2015). *Six graphiques pour comprendre la crise migratoire*. Accès http://www.swissinfo.ch/fre/la-loterie-de-l-asile_cinq-graphiques-pour-comprendre-le-ph%C3%A9nom%C3%A8ne-migratoire/41560188

Tankimovich, M. (2013). Barriers to and Interventions for Improved Tuberculosis Detection and Treatment among Homeless and Immigrant Populations : A Literature Review. *Journal of Community Health Nursing*, 30, 83-95

Tison, B. (2007). *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

7. ANNEXE

7.1. Annexe 1 – Exemple d’une fiche de lecture

Ailinger, R. L., Martyn, D., Lasus, H. & Lima Garcia, N. (2010). The Effect of a Cultural Intervention on Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy in Latino Immigrants. *Public Health Nursing*, 27 (2), 115-120.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l’étude

- *Identité des auteurs :*

Cet article est écrit par quatre auteurs : Rita L. Ailinger, Diona Martyn, Howard Lasus et Natalie Lima Garcia.

- *Le nom et type de revue :*

« PHN Public Health Nursing » est une revue infirmière.

- *Le lieu de l’étude :*

La recherche a été effectuée dans une clinique de santé publique dans une ville urbaine de Virginie.

- *Les objectifs pratiques :*

L’objectif de l’étude est d’examiner l’effet d’une intervention culturelle sur l’augmentation de l’adhérence au traitement dans le cas d’une infection tuberculeuse parmi des immigrants latinos.

1.2 L’objet de l’article et le cadre théorique

- *Objet de la recherche :*

L’objet de la recherche est de réaliser une intervention culturelle auprès d’une population d’immigrants latinos et de comparer avec un autre groupe, afin de constater une meilleure adhérence au traitement ou non.

- *Question de recherche :*

La question de recherche est la suivante : Y aura-t-il une adhérence plus grande dans un groupe de patients qui reçoit une intervention culturelle comparée avec des patients qui reçoivent le soin habituel ?

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données (exemple : questionnaires fermés) :*

Le consentement éclairé a été obtenu. Puis, il y a eu neuf visites organisées pour aborder les effets secondaires, le nombre de comprimés pris et la thérapie de la LTBI. L'intervention culturelle a été basée sur les valeurs culturelles des latinos (même infirmière pour chacune des visites, l'infirmière prend des nouvelles de la famille, l'utilisation d'un proverbe latino-américain, l'utilisation d'images basée sur le niveau d'éducation et la langue espagnole). Une liste de contrôle était validée après chaque patient. L'adhérence est mesurée par le nombre de pilules prises.

- *Population de l'étude (ex : patients hospitalisés en oncologie) :*

La population de cette étude est 86 patients immigrants latinos qui débutaient une thérapie de LTBI.

- *Type d'analyse (ex : quantitative, statistique, méthode régression logistique) :*

Il s'agit d'une étude interventionnelle sur un petit échantillon d'immigrants latinos qui est comparé à un groupe historique (des immigrants latinos qui ont été traités pour la LTBI l'année précédente dans la même clinique).

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche :*

L'intervention est efficace. Le groupe expérimental (157 en 5,2 mois) a pris 28 doses de plus que le groupe historique (129 en 4,3 mois).

- *Conclusions générales :*

Une intervention culturelle pourrait améliorer l'adhérence d'autres médicaments auprès d'autres cultures.

- *Particularité ou l'originalité de l'étude :*

La comparaison ne se fait pas avec un vrai autre groupe, puis il s'agit d'un groupe de l'année précédente.

1.5 Ethique

Les participants ont dû accepter l'intervention.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Cet article nous permet de voir l'importance de soins infirmiers prodigués avec une vision culturelle.

L'intervention a permis d'observer une méthode pour améliorer l'adhérence au traitement et de donner une réalité pratique. L'aspect culturel doit être pris en compte dans une bonne prise en soins.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites présentent dans le texte sont les avis médicaux, la grossesse et les effets secondaires, l'absence d'un groupe comparatif et la taille de l'échantillon.

Il n'est pas possible de généraliser cette étude, vu qu'elle s'intéresse à une maladie et une culture spécifiques. Cependant, elle est une bonne ouverture pour d'autres recherches.

2.3 Piste de réflexion

Dans une prise en soins globale du patient, l'aspect culturel est déjà pris en compte. Il serait essentiel d'approfondir les recherches pour prouver que la compétence culturelle permet un meilleur dépistage ou une meilleure adhérence et de pouvoir généraliser les résultats.